

ANNÉE 1942

THESE

116

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Geneviève RAHMANI

Née le 23 mars 1916 à Lisieux (Calvados)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le ... 3^e JUIN 1942 ... 19...

**Essai sur le comportement
de l'homme
devant la douleur**

Président : M. PASTEUR-VALLERY-RADOT, Professeur.

EDITIONS R. FOURNIER

24, Rue d'Alleray

PARIS (XV^e)

1942

ANNÉE 1942
—

THESE

N° 87

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Geneviève RAHMANI

Née le 23 mars 1916 à Lisieux (Calvados)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

**Essai sur le comportement
de l'homme
devant la douleur**

Président : M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, Professeur.

EDITIONS R. FOURNIER

24, Rue d'Alleray

PARIS (XV^e)

1942

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale e tcomparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assitance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 N...
 QUÉNU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 P.-VALLÉRY-
 RADOT.
 CATHALA.
 Robert DEBRÉ.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 GOSSET.
 LENORMANT.
 MONDOR.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LÉVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.
 LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 BROCC.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 DONZELOT.
 Clovis VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne . .	Pathologie médicale.
BESANCON (Justin) .	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger) .	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESAILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO . .	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS .	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
HAGUENAU	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	tale.
Mlle J. LÉVY	Pathologie médicale.
MARCHAL	Pharmacologie.
MENÉGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . .	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIÉ	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT. . . .	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.

MM.	
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. . . .	Parasitologie.
PIEDELLEVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER		d'ALLAINES	
LAROCHE (Guy)		MOULONGUET.	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE		Clinique obstétricale.	
VIGNES			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LOMBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR
PASTEUR VALLERY-RADOT

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Dont les leçons étaient pour nous du plus
grand intérêt et nous causaient le plus vif
plaisir.*

Hommage de respectueuse admiration.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR GEORGES KUSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

M. LE PROFESSEUR AGREGÉ
ANDRE LEMAIRE

Médecin des Hôpitaux de Paris

M. LE PROFESSEUR AGREGÉ LIAN

Médecin de l'Hôpital Tenon

M. LE DOCTEUR SAINTON

Médecin des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR
JEAN HAMBURGER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la Faculté

*Dont l'amitié bienveillante nous est une aide
précieuse et que nous voudrions vivement
remercier ici pour la grande part qu'il a
prise à ce travail.*

*Nous le prions de croire à notre reconnais-
sance très sincère.*

A MON MARI
LE DOCTEUR MARCEL RAHMANI

Dont la collaboration m'est un rare et précieux bonheur.

A MON FILS
JEAN-LOUIS

A MON PERE
LE DOCTEUR COLOMBE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-chef de l'Hôpital de Lisieux

*Dont je serais fier d'avoir hérité la libre
intelligence et la rayonnante bonté.*

A MA MERE

A MES FRERE ET SŒURS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous croyons sentir que c'est nous autres,
médecins, qui donnerons à la psychologie
moderne ses fondements les plus robustes.
(Maurice de Fleury, *L'Angoisse*
humaine.)

Il y a tant de malheurs, de misères, aujourd'hui, dans le monde, qu'il n'est que de regarder autour de soi pour avoir des exemples de souffrance humaine. Tortures morales, douleurs physiques, rien ne nous a été épargné dans les temps que nous vivons, et on ne peut se défendre, d'abord, d'un immense élan de pitié pour les hommes. Un pareil élan, quel médecin digne de ce nom ne l'a ressenti, devant le spectacle de cette misère ? Plus que personne, il vit quotidiennement à côté de ceux qui souffrent; il voit, de plus près que quiconque, comme la douleur peut transformer l'homme qu'elle atteint : les uns semblent vaillamment résister et gardent une contenance qui suscite l'admiration; les autres faiblissent, abattus par la souffrance; il en est chez qui l'influence de la douleur est assez profonde pour bouleverser l'équilibre psychique et créer un véritable état de démence ou de confusion mentale; d'autres encore appellent la mort, et tentent de mettre fin à leurs souffrances par le suicide : mais, chez aucun d'entre eux, l'esprit ne reste indifférent à une agression si anormale.

Toutes ces réactions de l'esprit humain à la douleur ont, jusqu'à présent, plus tenté l'écrivain ou le philosophe que le médecin; encore, les philosophes se sont-ils davantage intéressés

à la métaphysique de la douleur qu'à son retentissement psychologique. Les divers comportements de l'homme devant la douleur n'ont fait l'objet d'aucun travail d'ensemble, malgré l'immense littérature consacrée à ce sujet.

On dira que le médecin n'a pas à faire de vaine psychologie; que c'est assez pour lui de s'attaquer à la douleur et d'en chercher le soulagement, sans qu'il doive perdre son temps à de stériles introspections; qu'il est préférable d'en laisser l'analyse à des psychologues de métier. Mais ceux-ci ont rarement la masse de souvenirs, de documents et d'observations personnelles que le médecin possède, et les enseignements qu'il en peut tirer ne seront pas stériles : nous verrons que l'étude de l'esprit en proie à la douleur jette de singulières clartés sur les mécanismes spirituels en général, et il n'est jamais indifférent de faire quelque progrès dans la connaissance de l'âme humaine. Que si l'on veut à toute force s'en tenir à un pragmatisme médical immédiat, on trouvera, en plusieurs endroits de cet essai, des conclusions sur la conduite du praticien devant le malade qui souffre.

Nous laisserons de côté tout ce qui a trait aux *réactions physiques* que peut déterminer la douleur. Le sujet a longuement été étudié par les physiologistes et, depuis François FRANCK (1), BECHTEREW et, plus près de nous, CANNON (2), on sait l'action des excitations douloureuses sur les fonctions organiques, notamment sur celles de l'appareil circulatoire. Dans ce retentissement vasculaire, le système adrénalino-sécrétoire joue un rôle important. On connaît, enfin, les perturbations du métabolisme général que peuvent déterminer des stimuli douloureux (3). Au reste, c'est un fait de constatation banale pour le médecin que la douleur morale ou physique peut agir profondément sur l'économie, atteindre l'état général, faire maigrir, ou encore réveiller les symptômes d'une maladie an-

(1) *Travaux du Laboratoire de Marey* (tomes II et III), Paris, Masson, éditeur, 1875 et 1877.

(2) *Bodily changes in pain, Hungar fear and rage*, New-York, Appleton & Co., 2^e édition 1929.

(3) MANTEGAZZA : *Physiologie de la Douleur*, Paris, Alcan, 1898.

cienne en sommeil, telle qu'une tuberculose pulmonaire. Dans certains cas, au cours d'une affection douloureuse, comme certaines angines de poitrine, il n'est pas sûr que la douleur intense, durable ou répétée, ne puisse finir par aggraver, à son tour, l'affection causale, par un cercle vicieux que le médecin doit rompre en agissant directement sur le symptôme douleur.

Nous ne nous occuperons pas non plus d'un autre problème d'ordre physiologique, celui de la localisation neurologique des phénomènes de douleur. Deux conceptions s'affrontent depuis que VON FREY (1), en 1891, a défendu pour la première fois l'existence de voies de conduction nerveuses propres aux sensations algiques : aujourd'hui encore, s'opposent les partisans d'un système spécifique de transmission douloureuse, tels que FÖRSTER (2), et d'autres comme LERICHE (3), qui croient que l'impression est douloureuse par la qualité particulière de l'excitant, et non par la voie qui conduit l'excitation.

Une question connexe est celle-ci : y a-t-il un centre de la douleur ? Quel est le rôle respectif du thalamus et de la corticalité dans l'envahissement de la conscience du sujet qui souffre par une impression pénible ? Le thalamus excité « libère »-t-il des impressions douloureuses vers le cortex, comme le dit HEAD ? Son rôle est-il, au contraire, de « filtrer » (LHERMITTE) et de donner une tonalité particulière aux excitations reçues ? Quelle est, enfin, dans le mécanisme de la douleur, la puissance du système nerveux autonome, que soupçonnait déjà François FRANCK ? Problèmes éminents qui touchent aux frontières encore obscures de la physiologie et de la psychologie ; on en trouvera l'exposé dans les rapports de BAUDOUIN et SCHAEFFER, de RIDDOCH et CRITCHLEY, de GARÇIN, de DECHAUME, d'AYALA, etc., à la XVI^e réunion neurologique annuelle (8-10 juillet 1937) (4).

Mais il en est ici comme de la psychiatrie : les progrès de la science du cerveau, les recherches physiologiques sur les fonc-

(1) VON FREY : *Beträge zur Physoologie der Haut* (Berlin, 1895).

(2) FÖRSTER : *Der Schmerz und seine Operative Bekämpfung* (Nova Acta Leopoldina, Band 3, number 10. 1935)

(3) LERICHE : *La Chirurgie de la Douleur*. Masson & Cie, éditeurs, 2^e édition 1940.

(4) In *Revue Neurologique* 1937, tome 68.

tions du cortex, la découverte, enfin, d'un organique en pathologie mentale, ont suscité de grands espoirs. Ce seront sans doute les fondements des thérapeutiques mentales de demain. Mais ces progrès n'ont aucunement supplanté, jusqu'à présent, les disciplines psychologiques. Il y a même le plus grand intérêt à pousser ces disciplines, de façon que le jour où la physiologie mettra vraiment le pied dans le domaine spirituel, elle y trouve un champ ordonné et de saines catégories. De même, ces recherches physiologiques sur la douleur, si elles laissent apercevoir les horizons nouveaux qu'elles découvriront sur le fonctionnement cérébral, n'empiètent cependant pas encore sur le domaine psychologique. La question reste entière du comportement mental des sujets qui souffrent; c'est à ce dernier problème seul que nous consacrerons cet essai.

La douleur dont nous nous occuperons sera aussi bien la *douleur morale* que la *douleur physique*. Différentes par leurs causes, elles sont voisines par leurs effets. L'une et l'autre, au moment qu'elles deviennent conscientes, suscitent un même sentiment de *désagréable*. Ce sentiment n'est que le reflet affectif de la perception sensorielle douloureuse; il est l'image de la douleur dans le miroir qu'offre l'esprit aux sensations reçues, il n'est pas la douleur même, puisque celle-ci peut, dans certains cas que nous verrons, n'être pas pénible, ou encore qu'un sentiment désagréable peut naître sans qu'aucune incitation douloureuse apparente n'en soit l'excuse (c'est que le miroir sentimental dont nous parlions est un miroir infidèle qui recèle, derrière son tain, une vie propre, plus riche de créations endogènes que de simples reflets des impressions reçues). On pourrait convenir de réserver le terme de *souffrance* à ce sentiment du désagréable, pour garder celui de *douleur* à la perception sensorielle élémentaire. C'est la souffrance qui agira sur l'esprit tout entier; c'est elle dont nous aurons à étudier le retentissement sur la vie mentale. Or, elle n'est guère différente, que la douleur soit physique ou morale; douleurs physiques et morales sont d'ailleurs rarement pures : à la douleur physique s'ajoutent souvent, soit un sentiment d'injustice, soit une anxiété sur la durée du mal ou sur sa gravité, qui sont d'ordre

proprement moral. Inversement, les douleurs morales s'accompagnent presque toujours de sensations pénibles d'ordre physique; quand je pense à la mort d'un ami cher, « mon cœur se serre », un poids étrange oppresse ma poitrine, et j'ai parfois mal, vraiment mal, dans la région solaire.

On est donc autorisé à étudier d'ensemble les conséquences de la souffrance sur l'esprit, quitte à noter au passage les singularités de la douleur physique ou de la douleur morale, dans quelques cas particuliers.

Nous n'aurons en vue que des souffrances d'une certaine intensité, ou d'une certaine durée. Les douleurs minimales ou passagères, qui sont de la vie quotidienne, n'agissent guère sur l'esprit que comme un de ses excitants les plus précieux; elles mettent constamment le sujet en éveil; elles sont à l'origine de la plupart de ses réactions au monde extérieur; elles empêchent un isolement stérile qui ne tarderait pas à favoriser le sommeil de l'intelligence; elles fouettent la vie mentale, et c'est à leur propos qu'une conception finaliste de la douleur est aisée à défendre (1). Tel n'est plus le cas, lorsque, dépassant ses limites habituelles, la douleur amène dans la vie de l'esprit des changements plus difficilement réversibles, et parfois même une rupture de l'équilibre mental.

On trouvera dans cet essai quatre parties.

Nous étudierons, d'abord, les cas où le retentissement psychologique de la douleur peut être considéré comme du domaine de la *psychologie normale*, et non de la psychiatrie : l'équilibre mental est modifié, mais non rompu.

En second lieu, nous grouperons les observations où la douleur entraîne des *réactions franchement pathologiques* : confusion mentale, démence, accès du type mélancolique, rupture de l'instinct de conservation, et tendances au suicide.

(1) Ce qui fait la conscience de l'homme, disait Goethe, c'est la douleur.

A l'opposé de ces comportements désastreux, nous étudierons, dans une troisième partie, une variété particulière de réactions mentales à la douleur : les *réactions constructives*. Nous verrons que, lorsque l'équilibre général n'est pas rompu, l'esprit humain qui souffre est capable de faire naître, à l'ombre de sa souffrance qui l'aiguillonne, des constructions intellectuelles qui comptent parmi les grandes acquisitions humaines : éthiques élevées, systèmes religieux ou philosophiques en apparence très divers, mais qui ont ce caractère commun d'avoir été enfantés dans la douleur et d'en porter la trace indélébile.

Enfin, nous envisagerons la douleur *du point de vue social* ; nous montrerons que les réactions collectives devant la douleur ont des caractères originaux, qu'elles sont très différentes des réactions individuelles, et que leur étude éclaire certains problèmes d'équilibre social.

Réactions normales, réactions pathologiques, réactions constructives, et même réactions sociales à la douleur, n'ont sans doute pas des limites aussi tranchées que notre classification semble l'admettre ; c'est simplement pour la clarté de l'exposé que nous avons cru devoir le diviser ainsi.

PREMIÈRE PARTIE

LES RÉACTIONS NORMALES

Le comportement de tout individu qui souffre est le résultat d'un conflit. D'un côté, la douleur; de l'autre, le sujet. Les réactions de celui-ci vont ainsi dépendre de deux facteurs : d'une part, la nature, l'intensité, le rythme, la durée, bref les caractères de la douleur; d'autre part, les formes mentales du sujet, ses tendances, son tempérament, en un mot sa personnalité. Disons tout de suite que, de ces deux éléments, le second est de beaucoup le plus important. En fait, c'est la personnalité psychique du sujet qui décide de la réaction observée.

C'est, d'ailleurs, ce qui fait l'intérêt de cette étude. Nous verrons la douleur servir plus souvent à révéler les activités potentielles de l'esprit qu'à en créer de nouvelles. Pour nous, elle sera donc plus un prétexte d'introspection qu'un syndrome mental autonome.

Convenons, si vous voulez, d'appeler *réactions élémentaires* celles qu'on trouve communément, à des degrés divers, chez tous ceux qui souffrent : réactions anonymes, par conséquent, qui dépendent surtout de la douleur et fort peu des qualités du sujet. Nous les étudierons d'abord. Puis, nous analyserons le *facteur individuel*, c'est-à-dire la marque qu'imprime à la réaction de chacun son tempérament spirituel, facteur si important que des réactions identiques peuvent répondre, chez un même sujet, aux types les plus divers d'agression douloureuse.

I. — Les réactions élémentaires à la douleur

Le fait initial qui caractérise les états douloureux, c'est l'*envahissement* de la conscience par le sentiment de souffrir. Tout disparaît devant ce sentiment. S'il s'agit de douleur morale, plus rien n'existe que l'objet de cette douleur. Toutes les pensées qui peuvent affleurer la conscience sont happées par l'obsession centrale et prennent, bon gré mal gré, l'allure d'un de ses corollaires. Si la douleur est physique, le sentiment pénible s'abstient même, généralement, de toute représentation précise; pour peu qu'on souffre beaucoup, on sait à peine d'où l'on souffre; le corps entier fait mal, on n'est plus que douleur et le champ de la conscience ne contient plus que cela. Quand l'acmé douloureuse se calme un peu, l'envahissement devient moins complet; un coin de la conscience réapparaît, où peuvent s'agiter à nouveau des faits affectifs, actifs ou intellectuels, mais ceux-ci sont, comme nous allons le voir, profondément modifiés.

L'*intelligence*, sidérée lors des maxima douloureux, reste amoindrie tant que dure la douleur; l'imagination est souvent encore en éveil, mais la mémoire diminue, et surtout le jugement faiblit; tout se passe comme si le champ des idées conscientes était limité, et si l'invasion d'une bonne partie de ce champ par la souffrance ne laissait plus qu'un espace étriqué aux fonctionnements intellectuels conscients.

Le jeu de l'*activité volontaire* souffre également de cette invasion. Mais, dans ce domaine, si la douleur n'est pas trop vive pour tout annihiler, le comportement le plus habituel est l'apparition d'une sorte d'effort, de lutte active, qui s'extériorise sous la forme de contractions musculaires de la face (masque douloureux) et des membres. Cette tension volontaire est surtout évidente dans la douleur physique : le sujet qui souffre serre alors les dents et les poings, contracte avec force les sterno-cléido-mastoïdiens, les masticateurs, les triangulaires des lèvres, les frontaux et les temporaux, et fait effort de tous ses muscles striés, comme s'il luttait réellement contre la dou-

leur. Il semble, à la vérité, que cet effort ne soit pas entièrement stérile, comme l'ont montré DUMAS (1), André MAYER et PIERON (2). Ces contractions musculaires sont capables d'élever le seuil de la sensibilité douloureuse et d'avoir un effet antalgique. On pourrait croire que ces efforts n'agissent qu'en détournant à leur profit une partie de l'attention du sujet; bref, qu'ils ne sont, pour le sujet, qu'une distraction à sa douleur, un *divertissement*, comme disait Montaigne. Il n'en est rien : PIERON a montré que ces contractions musculaires bloquent les ondes douloureuses afférentes, bien avant qu'elles n'affleurent la conscience, car elles n'atténuent pas seulement la perception pénible, mais même des réflexes inconscients, comme le réflexe pupillaire à la douleur, qui est d'origine thalamique et non corticale.

Enfin, l'*affectivité* du sujet est également perturbée par la souffrance. Celle-ci est-elle aiguë ? Aucun autre sentiment ne peut se faire jour. L'indifférence à toute autre chose que la douleur devient totale, jusqu'à réaliser cette « anesthésie morale » qui peut être consciente et pénible en soi. En même temps, le sentiment douloureux, s'il est le seul à emplir la vie affective, l'emplit comme jamais aucun autre sentiment n'avait fait : tenant la sensibilité toujours en éveil, ne lui laissant pas les alternatives normales de repos et d'agitation, peu influencée même par l'habitude, qui n'en diminue pas la fraîcheur tant que les stimuli se répètent, la souffrance donne, plus qu'aucun autre sentiment, l'illusion d'une *durée* plus lente; on n'en finit pas d'en parcourir les méandres; on en détaille chaque moment; ce sentiment solitaire, qui a fait le vide autour de lui, est plus long et plus lent qu'aucun autre.

Cependant, dès que la douleur se calme, les tendances affectives diverses du sujet seront parmi les premières à se manifester après l'orage. L'épuisement ne sera pas de longue durée. Si même la douleur, au lieu d'être violente, est plus durable qu'intense, ou s'il y a motif pour qu'elle se renouvelle, elle aura souvent cette conséquence paradoxale d'affiner la sensibilité du sujet, d'enrichir ses possibilités affectives. Ainsi

(1) G. DUMAS : *Le désagréable et l'agréable, la douleur et le plaisir*. In *Nouveau Traité de Psychologie* (tome II, fascicule 3), Alcan, 1936.

(2) PIERON : *Psychologie expérimentale*. Armand Colin, 1927.

crée-t-elle des poètes et des artistes et favorise-t-elle l'éclosion de ces métaphysiques qui sont toujours, malgré les apparences, faites de plus d'affectivité que de raison. Nous en verrons des exemples plus tard.

Bref, un envahissement de la conscience par le sentiment pénible, une intelligence affaiblie, une activité volontaire orientée vers la lutte contre la douleur, enfin une absorption affective passagère, à laquelle pourra succéder à la longue une sensibilité exacerbée, voilà les réactions mentales élémentaires à la douleur.

Mais ce n'est là qu'un schéma, mieux, qu'un *moment* de l'état mental. Celui-ci n'est pas fixe dans le temps, la pensée douloureuse est mouvante au même titre que la pensée saine, et le tableau en varie incessamment. De plus, si la douleur se prolonge, elle fait naître une sensation de lassitude, qui donne une tonalité plus pénible encore au sentiment de la souffrance. L'effort antalgique dont nous avons parlé devient plus difficile à mesure qu'apparaît cette fatigue, la prostration augmente, et le patient s'abandonne à souffrir.

II. — Le facteur individuel

Tout l'abstrait de la description que nous venons de donner vient de ce que chaque individu a sa propre manière de souffrir. Il ajoute au schéma des réactions élémentaires une telle part d'originalité, que cette marque personnelle compte plus, finalement, que la nature de la douleur.

Pour recevoir le sentiment de souffrance, l'esprit possède des cadres préalables, affectifs, actifs et intellectuels. Dans le domaine affectif, la sensibilité variable de chaque individu dotera la douleur d'une tonalité également variable. Dans le domaine de l'activité volontaire, nous verrons que le comportement de l'homme qui souffre dépend également de ses aptitudes actives antérieures.

Enfin, dans le domaine de l'intelligence, l'influence du passé du sujet, peut-être moins visible, n'en est pas moins considérable, et c'est peut-être même là que nous aurons à noter les remarques les plus curieuses.

Que l'humeur *affective* du sujet soit essentielle dans la façon dont la douleur le fait souffrir, c'est un fait d'observation banale : il y a des gens douillets, et d'autres qui ne le sont pas. Ce n'est pas là seulement affaire de dignité morale ou d'habitus extérieur, il y a vraiment des gens plus sensibles que d'autres à la douleur. Ces hypersensibles sont généralement les mêmes que ceux qui ont été désignés par Ernest DUPRÉ sous le nom d'hyperémotifs (1) ; c'est-à-dire qu'ils n'ont pas seulement des réactions affectives violentes, mais que les signes objectifs de leurs émotions dépassent eux aussi la normale : la douleur détermine, en ce cas, des réactions physiques intenses : tachycardie, tremblement, parfois élévation tensionnelle, autant de stigmates qui montrent bien la réalité de leur hyperémotion.

(1) DUPRÉ : *Pathologie de l'Emotivité*. Payot, 1925.

Ces grands sensibles sont, plus que d'autres, sujets à la crise de nerfs, à la syncope; les observations rarissimes de mort par « inhibition » au cours d'une grande crise douloureuse, telle qu'une colique néphrétique, concernent sans doute des sujets ayant cette constitution psychopathique. Il y a peut-être aussi des gens douillets par défaut de réactions actives normales, en d'autres termes, par lâcheté; mais les douillets affectifs sont plus fréquents que les douillets actifs, et rien ne serait plus ridicule que d'avoir pour eux du mépris.

Une forme particulière de ces hyperémotifs est constituée par les anxieux. La douleur peut conduire à l'angoisse par sa forme même : l'angine de poitrine, par exemple, a, plus qu'une autre douleur, tendance à éveiller des sentiments anxieux. Mais le tempérament du sujet est le plus souvent responsable de la tonalité anxieuse que peut prendre la douleur. On sait qu'en pareil cas l'opium est, de tous les analgésiques, de beaucoup le plus efficace.

A l'opposé de ces hypersensibles, il existe des hommes sur qui la souffrance n'a que peu de prise. Là aussi, nous entendons bien qu'il ne s'agit pas d'hommes plus courageux, avec lesquels on aurait tendance à les confondre. Ce n'est pas par l'interférence secondaire de leur intelligence ou de leur volonté qu'ils réagissent moins que d'autres; c'est parce qu'ils sont doués d'une affectivité pauvre, au moins dans les régions de la sensibilité où se greffent les douleurs habituelles : ce sont des anémotifs.

Un problème intéressant est celui de savoir si, comme on le dit couramment, la sensibilité de la plupart d'entre nous est plus vive que celle des hommes des siècles passés. En faveur de cette opinion, on a remarqué que les interventions chirurgicales sans anesthésie étaient courantes autrefois, alors qu'on imagine difficilement qu'on pourrait les faire supporter aux hommes d'aujourd'hui : LERICHE a été frappé de cet argument et le juge suffisant. Certains y ont vu la nécessité de remplacer par un entraînement spécial à la douleur les dures disciplines des temps passés (1), sous peine de voir le confort et les anal-

(1) DESFOSSES : *Quelques réflexions sur la souffrance* (« Presse Médicale », 6 septembre 1939, pages 1329-1330).

gésiques faire des hommes faibles et peu résistants. Mais l'expérience des dernières guerres ne nous a-t-elle pas montré encore des hommes d'une trempe légendaire ? A la vérité, il est bien difficile de juger de la sensibilité de ceux qui ont vécu il y a plusieurs siècles, puisque nous n'avons pour cela que des documents écrits ; ce qui est certain, c'est qu'à travers la littérature de tous les âges, on retrouverait facilement des exemples d'hyperémotivité constitutionnelle.

Dans le domaine de l'*activité volontaire*, les tendances naturelles du sujet contribuent, elles aussi, à modifier son comportement devant la douleur. La souffrance épousera son caractère, comme elle avait épousé sa sensibilité.

Un déprimé constitutionnel — même si la nuance ne dépasse pas les limites de la normale — souffrira d'une douleur d'apparence calme, pauvre en manifestations extérieures : mais sa douleur sans exubérance n'en sera pas moins bouleversante ; s'il a la moindre tendance à l'hyperémotivité, il est presque certain que ses souffrances s'accompagneront d'anxiété. Chez lui, on risquera de voir survenir cette rupture soudaine de l'instinct de conservation, que nous étudierons plus loin et qui pourra le mener au suicide, à la grande surprise d'un entourage non prévenu.

A l'opposé, des tendances hypomaniaques, même si elles sont assez discrètes pour rester bien en deçà des tendances pathologiques, se manifesteront souvent, lors des épisodes douloureux, par un cortège de larmes, de cris, d'agitation, qui ne font que traduire une excitation intérieure intense. Il est à noter, cependant, que certains types de douleurs physiques, tels que la douleur des calculs du rein, provoquent beaucoup plus que d'autres une agitation du sujet, quel que soit le tempérament de celui-ci.

Pour en finir avec l'influence du caractère sur les réactions à la douleur, disons que les tendances égocentristes sont remarquablement révélées par la souffrance. Ces sujets gémissent et s'apitoient plus que d'autres sur leur sort. Ils avaient si souvent l'habitude de se plaindre pour des motifs futiles ; cette fois, le motif est réel ; ils peuvent laisser libre cours à leur indignation ; ils ont le sentiment d'une injustice, même si la

douleur est purement physique. Ils sont jaloux de ceux qui ne souffrent point. Un pas de plus, ils les accuseront d'être pour quelque chose dans leur mal. Entre l'égoïsme banal et les tendances paranoïaques morbides, il existe toute une gamme d'états d'esprit, dont l'observation quotidienne fournit maints exemples.

Mais, dira-t-on, n'est-ce pas là trop raisonner en psychiatre ? Chercher, chez l'individu normal, des tendances qui sont comme la promesse d'un syndrome mental ; expliquer par ces tendances les réactions à la douleur, n'est-ce pas trop penser en médecin ? A quoi nous répondrons qu'il n'y a rien de singulier à ce que les états pathologiques en psychiatrie ne soient que la caricature de tendances normales ; qu'au surplus, la méthode a fait ses preuves, et que la psychiatrie moderne a déjà suffisamment apporté à la psychologie classique pour n'avoir plus besoin qu'on défende ses techniques d'analyse mentale (1). Voyons d'ailleurs ce qu'apporte cette même discipline dans le domaine plus subtil de l'intelligence.

Voici deux lettres qui nous serviront utilement de point de départ à l'étude des relations de la douleur et de l'*intelligence*.

La première a été écrite par un homme atteint d'une carcinomatose osseuse secondaire, dont l'évolution lente et douloureuse n'avait apparemment pas altéré le jugement :

« Mon cher docteur,

« Il faut que je vous donne des nouvelles de ma santé. Elles ne sont guère brillantes, j'ai suivi scrupuleusement vos indications ; au début, j'avais cru tirer un certain profit de ces drogues, et mes douleurs m'ont laissé quelque répit, mais elles ont bientôt repris de plus belle ; mon dos est maintenant comme paralysé par la souffrance, et j'ai mal aussi de chaque côté et en avant, jusque dans le ventre. Qu'en pensez-vous ?

« ...Mon état m'empêche souvent de travailler à cet ouvrage dont je vous avais parlé, et je me demande si je l'achèverai

(1) Voir ACHILLE-DELMAS et ANDRE BOLL : **La Personnalité humaine**. Flammarion, 1922. — On trouvera également des remarques de première importance sur le sujet dans tous les livres du Docteur PIERRE JANET.

jamais avant de mourir. Ce n'est pas que j'aie l'esprit embrouillé par mon mal, au contraire — sauf dans les paroxysmes où je ne peux plus penser à rien qu'à mon dos ou à mon ventre, — je ne me suis jamais senti l'esprit aussi clair qu'en ce moment. Des certitudes me sont apparues, auxquelles je n'avais jamais porté jusqu'aujourd'hui une attention suffisante. En revanche, bien des petites choses s'en vont, auxquelles j'étais attaché. Sans doute, est-ce un peu cette retraite forcée qui en est la cause, mais je crois bien que c'est surtout cette abominable maladie — elle me doit bien cela — qui me vaut cet abandon d'idées futiles, et ce raffermissement d'idées plus sûres. Toutes ces convictions politiques pour lesquelles j'ai lutté, me paraissent assez petites maintenant, et je réalise pleinement le temps inutile que j'ai passé à convaincre mes voisins, ou même à me préoccuper de l'opinion d'autrui. Que de temps perdu, alors que cela va si vite. Quand je songe seulement à ce que j'ai pu être poli dans ma vie, je regrette de n'avoir pas dit plus souvent m... aux gens, et j'ai envie de l'écrire à quelques-uns pour me venger de tout ce que j'ai pu leur donner de précieux.

« Ah ! docteur, on ne songe pas assez à la mort quand on a la chance d'être bien portant. On devrait trouver à temps un équivalent pratique du « César, il faut songer à mourir ». Maintenant, je conçois avec clarté que ce qui compte, c'est le courage, l'endurance, la santé, une activité homogène vers des buts simples et, comme récompense à ce programme un peu sec, l'affection de quelques hommes de bien tels que vous. C'est pourquoi votre amitié m'est chère, et je vous sais gré de la bonne lettre que vous m'avez envoyée. Ecrivez-moi encore si vous avez quelque moment, ou même venez passer avec moi une fin de semaine pour me donner des conseils de médecin et des encouragements d'ami.

« Croyez... »

Voici maintenant une note écrite par une femme atteinte d'une redoutable recto-colite hémorragique et purulente, d'évolution fatale :

« Puis-je vraiment guérir ? Ma confiance en vous reste entière et ce n'est pas de votre faute si la médecine ne peut rien encore à ce genre de mal. A vrai dire, c'est en elle que je n'ai

plus guère confiance. Cette conviction-là, que je pouvais guérir, s'en est allée avec bien d'autres et, quand mes douleurs me laissent un peu tranquille et que je peux penser, c'est à Dieu que je réserve tout ce temps. Heureusement pour moi, la foi de mon enfance m'est revenue toute fraîche et me sauve du désespoir. Elle m'aide à souffrir et à m'écarter de ce monde avec lequel j'avais tant d'attaches qui me semblent un peu ridicules aujourd'hui.

« Je ne sais pourquoi je vous raconte tout cela, mais vous avez toujours été si bon pour moi, et vos efforts pour me soulager si réels, que je vous en garde une vive reconnaissance. Vous me pardonnerez, je pense, de vous écrire comme à un ami autant que comme à mon médecin. »

Si nous avons cité ces deux témoignages, ce n'est pas qu'ils soient d'une grande originalité. Nous avons tous eu des exemples du bouleversement profond qu'une grande douleur peut amener dans la vie intérieure. Pour rester sur le plan strictement intellectuel des idées — si tant est qu'il est défendable de séparer ainsi un plan intellectuel du plan sensible ou du plan volontaire, — les idées « sociales » sont celles qui disparaissent le plus volontiers : l'importance donnée à l'opinion du monde, le sentiment de pudeur, les conventions de la vie sociale, la confiance dans la plupart des *idées reçues*, voilà ce que l'on a le plus généralement tendance à abandonner sous l'empire de la souffrance; tandis que d'autres concepts plus solides résistent, ou même prennent un relief particulier du fait qu'ils sont plus seuls.

Les romanciers ont aperçu cette influence, et y font souvent allusion. Qu'on relise la mort du père Goriot qui comprend soudain, durant sa lente et douloureuse agonie, qu'il a été berné par ses filles, et qu'il a gâché sa vie (1); ou, dans *Les Thibaut*,

(1) « Oh, mon Dieu ! puisque tu connais les misères, les souffrances que j'ai endurées, puisque tu as compté les coups de poignard que j'ai reçus, dans ce temps qui m'a vieilli, tué, blanchi (heun ! heun !), pourquoi me fais-tu donc souffrir aujourd'hui ? (heun ! heun ! heun !). J'ai bien expié le péché de les trop aimer. Elles se sont bien vengées de mon affection, elles m'ont tenaillé comme des bourreaux. (Heun ! Aïe ! Oh, je meurs !) Eh bien, les pères sont si bêtes ! Je les aimais tant, que j'y suis retourné comme le joueur au jeu ; car mes filles, c'était mon vice à moi !

les souffrances d'Antoine dont l'esprit acquiert une nouvelle échelle de valeurs plus simple et plus tranchée qu'avant (1); ou, encore, *Le Journal intime* de Tolstoï (2); ou les lettres d'Elisabeth Leseur sur la souffrance; ou les notes d'Alphonse Daudet (3), etc. Autant d'exemples du pouvoir que la douleur a sur l'esprit. Et nous en verrons d'autres qui frappent plus encore l'imagination, en étudiant les réactions « constructives » à la douleur; on y verra des éthiques entières, des édifices métaphysiques, ou d'immenses systèmes religieux, bâtis par l'intelligence humaine sous l'aiguillon de la souffrance.

Mais, si la douleur peut ainsi agir sur les concepts intellectuels de l'individu, ceux-ci peuvent, à leur tour, modifier la physionomie du sentiment de souffrance. Il y a une *forme* intellectuelle de la douleur — entendez un moule intellectuel, — de même qu'une forme sensible ou volontaire. La souffrance de l'être inculte, primitif quant à l'intelligence, n'est certainement pas la même que celle de l'*homo sapiens*. Celui-ci aborde sa douleur avec des facultés d'analyse plus riches que celui-là; et, par là même, il l'enrichit de tout un cortège de représentations qu'il tire de sa propre expérience. Ainsi, le médecin qui souffre physiquement ajoute à sa douleur une foule d'idées, de souvenirs, d'images concernant la maladie dont il est atteint. Voyez encore ce que l'intelligence, pathologiquement lucide, de M. Teste, lui fait écrire :

« Je distingue les profondeurs des couches de ma chair; et je sens des zones de douleur, des anneaux, des pôles, des aigrettes de douleur. Voyez-vous ces figures vives ? Cette géométrie de ma souffrance ? Il y a de ces éclairs qui ressemblent tout à fait à des idées... Quand cela va venir, je trouve en moi quelque chose de confus ou de diffus. Il se fait dans mon être des en-

C'étaient (heun ! heun ! hâan !), c'étaient mes (han !) maîtresses ! (Hâan !.) Enfin tout, c'était tout ! »

(1) ROGER MARTIN DU GARD : *Les Thibaut*, VIII, Epilogue.

(2) LEON TOLSTOÏ et SOPHIE TOLSTOÏ : *Journaux Intimes* 1919. N.R.F., 5^e édition, 1940.

(3) « Il paraît que j'en ai pour la vie; maintenant que je sais que c'est pour toujours, je m'installe dans la douleur et je prends ces notes. » Et, plus loin : « Croissance morale et intellectuelle par la douleur, mais jusqu'à un certain point », etc., etc..

droits... brumeux. Il y a des étendues qui font leur apparition. Alors, je prends dans ma mémoire une question, un problème quelconque... Je m'y enfonce. Je compte des grains de sable... et tant que je les vois... — ma douleur grossissante me force à l'observer. J'y pense ! — Je n'attends que mon cri... et, dès que je l'ai entendu, l'*objet*, le terrible *objet*, devenant plus petit, et encore plus petit, se dérobe à ma vue intérieure... » « Souffrir, c'est donner à quelque chose une attention suprême » (1). On dira qu'il y a dans de telles analyses plus de paroles que de sens, et que si l'on en parlait moins, tout ceci serait moins compliqué ; mais l'intelligence, après avoir créé le langage, a bien dû suivre celui-ci dans sa croissance, et ce n'est pas la première fois qu'à force de se payer de mots, on a fini par en devenir l'esclave.

Ainsi encore, Duhamel, dans ses souvenirs sur les blessés de guerre, parlera d'Auger qui « souffre d'une façon éclairée, intelligente, presque méthodique », et de Grégoire, qui lui, au contraire, ne sait pas souffrir, comme on ne sait pas parler une langue étrangère. Seulement il est plus facile d'apprendre le Chinois que d'apprendre le métier de la douleur » (2).

Mais il y a plus : certains hommes courageux parviennent à imposer à leur douleur une forme qu'ils ont préparée pour elle. Ils ont vu l'attitude de ceux qui geignent et l'attitude de ceux qui se taisent, et, entre les deux, ils ont fait leur choix ; ils croient fermement à ce qu'on nomme la dignité humaine, la tenue, la crainte pudique de ne pas ennuyer autrui avec l'exposé de ses propres souffrances ; ils veulent transmettre, à leur tour, l'exemple de force morale qu'ils ont admiré. Certains sont peut-être poussés à ce courage par l'*amour-propre* — on pourrait même dire l'orgueil — ; chez d'autres, il n'y a là qu'une attitude d'esprit toute simple, primitive, une manière d'impératif catégorique. En tout cas, ils parviennent à leurs fins : la douleur obéit à leur intelligence ; et il serait inexact de ne voir chez eux qu'un refoulement superficiel des manifestations spectaculaires de leur peine ; la vie intérieure est trop proche de ses traduc-

(1) PAUL VALÉRY : *Monsieur Teste*. Gallimard, 34^e édition, 1937.

(2) GEORGES DUHAMEL : *Vie des Martyrs*. Mercure de France, 20^e édition, 1918.

tions mimiques ou orales, elle reçoit de celles-ci trop de chocs en retour, pour que les gens courageux ne le soient qu'en paroles ou en gestes. Il est même possible qu'ils finissent par moins souffrir que les lâches, ce qui est satisfaisant pour l'esprit de justice.

La notion de dignité humaine n'est pas la seule croyance qui puisse réagir sur la douleur. Les phénomènes d'auto-suggestion et de suggestion par les tiers s'adressent aussi à la souffrance par une action directe de l'intelligence; tout se passe, là encore, comme si on introduisait, dans le champ de la conscience, des convictions antalgiques qui luttent contre l'envahissement douloureux. On doit rappeler ici le parti que BERNHEIM, de Nancy (1), COUÉ et d'autres, ont pu tirer de ces techniques mentales (2). On sait aussi les miracles de résistance à la douleur qu'ont su réaliser certains fakirs ou derviches ou la secte musulmane des Aïssaouas.

Enfin, au chapitre des réactions « constructives », nous verrons que l'entraînement intellectuel des stoïciens et des bouddhiques n'est autre qu'une discipline antalgique et que de fortes convictions religieuses chrétiennes peuvent également transformer la souffrance au point d'en supprimer l'élément pénible : mais, en pareil cas, c'est par une attaque moins directe de la douleur que l'esprit intervient. Le mécanisme essentiel devient celui de la *distraction*, qui rejette la souffrance au second plan d'une conscience envahie par des sentiments passionnels.

Il faut enfin citer, ici, les transformations profondes de la douleur chez certains aliénés. L'exemple le plus remarquable est fourni par les états de « consolation » et les extases, dont Pierre JANET a publié des observations aujourd'hui classiques : « Madeleine avait fréquemment de grandes douleurs dans les pieds, dans l'estomac et, dans les périodes différentes, elle s'en plaignait souvent. Dans l'extase, ses douleurs sont quelquefois transformées en voluptés, mais, pour le moment, constatons seulement, qu'elles sont bien indifférentes à la malade »; et, plus loin, Madeleine s'écrie : « Mon corps se resserre, une corde

(1) BERNHEIM : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (Paris, 1888, 2^e édition).

(2) RIMOND : *Le problème de la souffrance* (Paris, Gabriel Hénault, édit., 1931).

raide me tire les pieds, mais qu'importe, rien de tout cela ne peut altérer ma tranquillité » (1).

Si l'on veut maintenant résumer ces influences de la douleur sur l'intelligence et de l'intelligence sur la douleur, on peut dire que tout se passe comme si l'esprit, attaqué par l'impression pénible, lui opposait des idées inégalement résistantes. Certaines d'entre elles, malléables, se laissent aisément modeler; elles se transforment ou même disparaissent. D'autres, au contraire, sont assez fortement fixées dans l'intelligence du sujet pour résister à l'intrusion douloureuse; elle peuvent même agir sur le sentiment de souffrance, le façonner et lui donner une forme originale. Les esprits puissants, les esprits courageux, ou simplement les esprits passionnés par de profondes convictions, ont ainsi de ces idées « dures » qui, loin d'être entamées par la douleur, parviennent à agir sur elle. Sur les esprits plus faibles, au contraire, la souffrance est reine; elle en modèle les idées molles, à moins qu'une suggestion d'origine externe, profitant précisément de ces disposition malléables, n'intervienne dans le débat.

On notera qu'il est souvent difficile de prévoir, avant le test que constitue la souffrance, le départ que celle-ci fera entre les idées solides et celles qui ne le sont pas : les unes et les autres avaient souvent le même aspect avant l'épreuve; elles étaient, les unes et les autres, conscientes au même degré. C'est sans doute ce qui explique l'illusion des psychanalytiques, qui prennent ces différences de solidité pour des influences de l'inconscient.

Or, qu'est-ce qui fait la résistance d'une idée ? Qu'est-ce qui l'ancre plus qu'une autre dans l'esprit ? Ce n'est pas, à nos yeux, une influence occulte et acquise, qui est l'inconscient des psychanalytiques. C'est simplement les dispositions affectives, généralement innées, du sujet. C'est, en d'autres termes, son caractère. Déjà, quand de telles pensées ont, pour la première fois, pénétré son esprit, le sujet a ressenti souvent une émotion particulière, faite de joie, d'euphorie, de confort, comme si l'idée « entrait » de façon particulièrement exacte dans le cadre de

(1) Dr PIERRE JANET : *De l'angoisse à l'extase* (Alcan, 1926, page 65).

son intelligence; et ce cadre pour la raison nous paraît essentiellement affectif; l'émotion qu'il a ressentie est celle qu'il nomme, à tort ou à raison, l'impression de tenir la vérité; c'est-à une autre échelle, l'émotion de la découverte. A ces idées-là, qui lui conviennent si bien, l'esprit tiendra plus qu'à toute autre; lors de l'épreuve douloureuse, il en fera ses idées maîtresses (1).

Nous voici entraînés loin des réactions psychologiques à la douleur. Mais, nous l'avions dit au début de ce chapitre, ce qui fait l'intérêt du sujet, c'est précisément de nous permettre de pénétrer assez avant au sein même de la vie de l'esprit.

(1) Si l'on voulait compléter ces remarques sur la genèse de la résistance des idées, il nous semble qu'il faudrait faire intervenir, en outre, pour comparer la formation de l'esprit chez des sujets différents, un coefficient personnel d'acceptation — ou, au contraire, de révolte — aux idées reçues.

DEUXIÈME PARTIE

LES RÉACTIONS PATHOLOGIQUES

Nous étudierons successivement l'accès de *confusion mentale* et certains états dementiels, compliquant des douleurs physiques intolérables et prolongées; puis, l'*accès mélancolique*, qui peut paraître déclenché par une cause réelle de souffrance. Enfin, nous aurons à faire une place aux douleurs qui mènent à la tentative de suicide et au *suicide*.

Un accès de *confusion mentale* a été signalé au cours de certaines douleurs physiques intolérables. On rapporte qu'il en était parfois ainsi chez les suppliciés que l'on soumettait à d'intenses tortures. Ces conditions d'apparition n'existent heureusement plus et nous n'avons jamais observé, pour notre part, de troubles confusionnels importants au cours d'une douleur physique.

Par contre, au cours d'affections chroniques très douloureuses, il nous a semblé qu'un certain degré de confusion mentale pouvait apparaître. Il s'agit d'un affaiblissement global des facultés intellectuelles, auquel nous réserverions plutôt le qualificatif d'*état dementiel*, si cette appellation n'impliquait pas, en psychiatrie moderne, le caractère irréversible et définitif des troubles observés. Des états dementiels de cette origine n'ont pas été décrits, à notre connaissance, jusqu'à ce jour. Or, leur

existence ne nous paraît pas douteuse, comme le montre le cas suivant observé dans le service du Professeur BRUIÉ, à l'hôpital Tenon :

Le sujet, âgé de 62 ans, de nationalité roumaine, est entré à l'hôpital pour des douleurs abdominales violentes et presque continues, accompagnées de vomissements et d'une altération profonde de l'état général.

L'examen n'a pas de peine à faire la preuve de l'origine néoplasique de ces douleurs : le foie est énorme, bosselé et fort dur ; la palpation abdominale permet de noter des masses profondes multiples qui attestent l'existence de métastases péritonéales ; enfin, une métastase ombilicale typique achève d'empporter la conviction. Une radiographie gastrique, qui a été faite en ville avant l'entrée à l'hôpital, montre une énorme image lacunaire pylorique : c'est là, sans doute, le cancer primitif. Disons, dès à présent, que l'autopsie devait vérifier plus tard ce diagnostic.

Durant les sept semaines de sa survie, ce sujet fut en proie à des souffrances atroces, que ne parvenaient à calmer ni la morphine, ni les analgésiques les plus divers, ni des injections de venin de cobra. Il n'est pas impossible que l'emploi de ces médications à doses élevées ait eu une influence sur le comportement psychique du sujet, mais ce n'était certainement pas là une excuse suffisante aux signes démentiels qu'on lira plus loin, car ces signes existaient même lorsque le sujet n'était pas sous l'influence des médications sédatives, alors que l'évolution psychique suivait, au contraire, assez régulièrement, l'intensité de ses douleurs.

Quand il avait affreusement souffert, ses gémissements devenaient peu cohérents et il cessait presque de se plaindre : il paraissait comme abruti par sa douleur. Il répondait avec difficulté aux questions posées. Son *faciès* inerte, ses yeux inexpressifs, son visage indifférent, ne reflétaient aucune pensée ni aucune vie intérieure. Son *attention* était difficile à éveiller et à soutenir, et l'interrogatoire devait être promptement abandonné. On parvenait, cependant, à mettre en évidence des troubles certains de la *mémoire* : le sujet confondait les dates importantes de l'histoire de sa maladie et ne se souvenait même plus des traitements instaurés le jour même. Son *indifférence*

à tout ce qui n'était pas son mal était également des plus nettes; les visites des membres de sa famille n'éveillaient plus aucune émotion en lui, alors que son entourage l'avait toujours connu comme un homme sensible et affectueux, au surplus, d'une vie psychique normale dans le passé. Il n'y avait aucun signe neurologique objectif, aucun signe de catatonie, aucun signe de syphilis. A plusieurs reprises, on nota une perte spontanée de l'urine et des matières.

Les symptômes démentiels eurent, pendant les semaines de son séjour hospitalier, une évolution progressive. L'état général, cependant, périlclitait et le malade mourut, dans un état de cachexie extrême et de marasme, sept semaines après son entrée à l'hôpital. Dans les quelques jours qui précédèrent sa mort, on put noter un certain retour de lucidité.

L'examen histologique de l'encéphale n'a pas été pratiqué.

Il semble bien, par conséquent, qu'on puisse faire une place aux grandes douleurs prolongées dans l'étiologie des états de confusion mentale.

Qu'un accès *mélancolique* puisse être apparemment déclenché par un événement douloureux physique ou moral, c'est une notion des plus classiques. Mais est-ce là réellement la cause de l'accès ou seulement son prétexte ? Il est certain que, dans la plupart des cas, c'est cette deuxième éventualité qui est la vraie : les antécédents de psychose périodique ou la suite de l'évolution sont là pour l'affirmer. En est-il toujours ainsi ? Les circonstances extérieures peuvent-elles avoir une part essentielle de responsabilité dans l'apparition de l'accès ? C'est une question qu'on peut légitimement se poser. Mais nous n'apportons là-dessus aucun document nouveau. Et, dans l'ignorance où nous sommes du substratum réel de ce type de psychonévrose, il est encore impossible d'en discuter utilement l'étiologie.

Le *suicide* des sujets qui souffrent pose également un problème des plus difficiles. Peut-il s'agir d'une euthanasie froidement raisonnée, d'une décision mûrement réfléchie et, somme

toute, explicable, chez un sujet dont la douleur abominable ne comporte, autant qu'il sache, aucun espoir d'amélioration ? Ou bien, le suicide est-il toujours la conséquence d'un tempérament psychique morbide, la signature d'un déséquilibre mental antérieur, que n'a fait qu'aggraver et mettre en lumière l'événement douleur ?

C'est à cette dernière opinion que les psychiatres ont tendance à se rallier. Abandonnant les thèses sociologiques de DURKHEIM et de HALBWACHS (1), ACHILLE-DELMAS (2) a consacré à ce sujet un ouvrage qui entraîne, sur beaucoup de points, la conviction du lecteur impartial : le suicide est généralement explicable, quels qu'en soient les motifs apparents, par une crise anxieuse et celle-ci exige, pour se produire, sinon un accès mélancolique franc, du moins un tempérament psychopathique du type de la dépression constitutionnelle ou de l'hyperémotivité.

Cependant, l'auteur lui-même reconnaît qu'il y a des exceptions à cette règle. Ou plutôt, il renonce à qualifier de suicide l'acte de l'individu qui met fin à ses jours pour abrégér ses souffrances : il donne à ces faits le nom de pseudo-suicide, ce qui est une terminologie discutable. Il entend, à la vérité, souligner par cette distinction qu'il n'y a pas, en pareil cas, cet « appel de la mort » caractéristique du suicide vrai. « Une telle circonstance, écrit-il, est réalisée souvent par les maladies incurables particulièrement douloureuses. Tel patient sait ou croit qu'il touche à sa fin et qu'il ira vers une aggravation progressive de sa souffrance; il prend la décision de devancer sa mort certaine et il se tue. De tels dénouements ne sont pas fréquents; l'homme a une tolérance à la souffrance incroyable, comme nous le verrons plus tard; mais, enfin, ils existent; nous en avons connu personnellement plusieurs exemples chez des médecins qui étaient bien placés, par leurs connaissances professionnelles, pour juger de l'évolution fatale de leur mal; un des faits qui m'a le plus ému, quand j'étais jeune étudiant, est celui d'un de mes maîtres, chirurgien admirablement bon et dévoué, qui a

(1) MAURICE HALBWACHS : *Les causes du suicide* (Alcan, 1930).

(2) Dr F. ACHILLE-DELMAS : *Psychologie pathologique du suicide* (Alcan, 1932).

abrégé, en se donnant la mort, les souffrances terribles d'un cancer secondaire propagé à la langue.

« ...Ce qui caractérise tous les faits que nous venons de rappeler, c'est que les sujets n'ont pas le choix entre vivre et mourir; qu'ils le veulent ou non, et quoi qu'ils fassent, ils sont comme des condamnés à mort ou, en tout cas, se considèrent *sûrement* comme tels. Rappelons qu'ils sont, par surcroît, en présence d'une mort dont ils savent qu'elle serait... particulièrement terrible et atroce... Voilà pourquoi, n'ayant pas le choix de vivre, ce n'est pas cependant la mort, pour elle-même, qu'ils veulent et qu'ils recherchent; elle leur est, au contraire, imposée; en réalité, ils ne choisissent que la façon de mourir, afin qu'elle soit une issue moins cruelle. Ils pratiquent à leur bénéfice l'euthanasie. Ici encore, n'existe pas cette « volonté de mourir » qu'il nous importe tant de connaître et de préciser; le sujet subit son sort fatal, mais il ne l'a pas voulu; il ne fait que chercher à l'adoucir.

« Il est bien probable qu'un appoint d'hyperémotivité doit intervenir dans cette décision ultime et tragique. On retrouve toujours ce coefficient individuel du tempérament inné, qui seul peut expliquer pourquoi les uns devancent la mort terrible qui les attend en se la donnant préventivement, tandis que les autres se laissent aller à leur destin, sans chercher, par une initiative personnelle, à en modifier la forme. »

A ces conclusions, on ne peut que souscrire. Cependant, le docteur ACHILLE-DELMAS n'envisage que l'euthanasie pour souffrances physiques; or, il existe certainement des cas où des souffrances morales atroces aboutissent au même résultat. Là aussi, on peut dire que le sentiment d'« incurabilité » — situation sans issue apparente, mort d'un être cher qu'on est sûr de ne jamais revoir — est un puissant mobile dans la décision fatale; mais, en pareil cas, il est faux de dire que le sujet ne fait que changer la date d'une condamnation à mort certaine. S'il se sent condamné, c'est seulement à une vie qui a perdu pour lui toute signification, tout espoir. En fait, il nous semble que, dans tous les cas où le suicide met fin à des souffrances morales ou physiques atroces, le point crucial à élucider c'est la rupture de l'instinct de conservation : en d'autres termes, un phénomène psychologique particulier, analogue à celui qui se

produit dans le suicide du mélancolique, et n'ayant rien de strictement raisonnable, existe dans la décision d'euthanasie. Ce qui tend à nous le faire croire, c'est qu'une fois déclenché ce mécanisme psychologique, la rupture est consommée et, si une première tentative de suicide ne réussit pas, d'autres suivent sans effort apparent, sans nouvelle crise morale, absolument comme dans le suicide du psychopathe. Mais, dira-t-on, ces cas-là ne viennent-ils pas à l'appui de la thèse psychiatrique ? Ne sont-ils pas la preuve qu'il s'agit bien de psychopathes ? Peut-être, mais psychopathes d'occasion, et non toujours constitutionnels. Deux sujets, que nous avons connus pendant de longues années avant leur suicide, n'avaient vraiment présenté aucun signe psychique pathologique : nous entendons par là qu'ils paraissaient mentalement présenter le même degré d'émotivité et de tendance à la dépression que la moyenne des individus dits normaux ; à moins de forcer les faits et de considérer la plupart des êtres humains comme psychiatriquement malades, il y a tout lieu de penser que les conditions morales réellement affreuses dans lesquelles furent plongés ces deux sujets ont eu un rôle essentiel dans leur tendance au suicide. Mais ce qui est possible, c'est que leur équilibre psychique ait été influencé par leurs souffrances, puisque nous savons maintenant que la douleur peut être responsable d'importantes modifications dans cet équilibre, même chez l'individu apparemment normal.

En résumé, nous aurions tendance à croire que le suicide n'est qu'exceptionnellement une détermination froidement raisonnée et logique ; qu'il est en général, même chez les grands douloureux, la conséquence d'un tempérament psychopathique spécial, que, dans certains cas, cependant, il peut survenir chez un sujet autrefois normal, mais ayant rompu son équilibre psychique, sous l'influence de la violente agression que constituent les grandes douleurs physiques et morales.

TROISIÈME PARTIE

LES RÉACTIONS CONSTRUCTIVES

Aux prises avec un problème aussi général et aussi important que celui de la souffrance, l'esprit humain n'est pas resté passif. Soit qu'il fût poussé par le désir de créer des disciplines de courage, soit qu'il tentât de trouver une explication cohérente pour répondre au sentiment d'injustice que faisait naître en lui la douleur, on l'a vu construire des éthiques et des métaphysiques qui répondaient à ses besoins. Ce sont déjà là, d'ailleurs, des réactions plus sociales qu'individuelles, car ces systèmes sont nés surtout du spectacle de la douleur d'autrui : ils sont préventifs, d'un mal si répandu qu'il est légitime pour chacun de chercher à s'en défendre.

Dans l'antiquité, l'exemple le plus éminent de ces disciplines est fourni par le *stoïcisme*. Epicure avait déjà recommandé de s'entraîner au mépris de la douleur : aux derniers jours de sa vie, alors qu'il souffrait atrocement, on raconte qu'il déclara se sentir parfaitement heureux, car ses douleurs étaient compensées par la joie que lui procurait le souvenir des entretiens qu'il avait eus avec ses disciples. Lorsque Zénon eut fondé l'école stoïcienne dans l'île de Chypre, vers l'an 300, il fit de ce mépris de la douleur un des centres de sa philosophie. Cléanthe, puis Crysippe, qui succédèrent à Zénon, ajoutèrent pour la première fois l'idée que la souffrance est utile parce qu'elle contribue à l'équilibre et à la perfection de l'ensemble du monde.

Les stoïciens s'entraînaient ainsi à ne se laisser envahir par aucun sentiment violent et l'histoire rapporte que les meilleurs d'entre eux parvenaient réellement à la tranquillité de l'âme, *Ataraxie* d'Epicure (1) ou *Euthymie* de Démocrite (2). Et parce que les réactions de l'esprit humain restent toujours un peu les mêmes, cette ataraxie ne devait pas être très différente du nirvânah bouddhique, né à des milliers de kilomètres de là.

Le Bouddhisme est moins une religion qu'une discipline destinée à la lutte contre la souffrance : « Je n'enseigne que deux choses, ô disciples, la souffrance et la délivrance de la souffrance (SAMYUTTA-NIKAYA). « Allez, dit Fo-scho-hing-taan-king, le cœur débordant de compassion; dans ce monde que la douleur déchire, soyez les instructeurs et, en quelque lieu que ce soit où règnent les ténèbres de l'ignorance, allumez-y un flambeau » (3).

L'entraînement antalgique de la doctrine bouddhique est intéressant à préciser pour nous.

Il comprend d'abord la recherche de l'« attention parfaite » : chaque mouvement involontaire, la respiration, la position du corps, chaque sensation, chaque pensée, chaque moment du travail de l'esprit, doivent être observés afin qu'ils deviennent conscients : le corps, les formes du corps, ses impuretés, seront analysés avec soin; et cette analyse sera complétée par la traditionnelle méditation du cimetière.

À l'attention parfaite doit s'ajouter la « méditation parfaite ». Chose curieuse, les recettes du Bouddhisme contre la souffrance croient se résumer en une *recherche de la vérité* et rejoignent ainsi d'autres théologies; on lit, en effet, dans les livres des disciples du Bouddha, que la souffrance a pour seule cause « l'ignorance » et qu'il faut lutter contre celle-ci pour détruire celle-là. Lutter contre l'ignorance, c'est acquérir des « vues justes », c'est-à-dire se pénétrer d'un système qui nous

(1) EPICURE : *Lettres*, tome III, page 128.

(2) Cité par WERNER : *La Philosophie grecque*. Payot, 1938.

(3) Cité par ALEXANDRA DAVID-NEEL : *Le Bouddhisme*. Plon, 1936.

paraît basé sur un mépris commun pour les formes humaines et pour les métaphysiques constructives.

Le pratityasamûtpada, ou théorie des origines interdépendantes, est une de ces vues justes : il serait trop long de l'exposer ici. Il est possible qu'elle contienne une vue consolatrice : elle enseigne le Karmaan ou l'idée de causalité ; tout est lié, nous ne sommes que des moments d'un ensemble, des épisodes d'un tout. Encore n'est-ce sans doute pas rester fidèle à la pensée bouddhique que de considérer cette sorte de panthéisme comme consolateur, puisqu'elle insiste à maintes reprises sur la misère de ce cycle qu'évoque le pratityasamûtpada. A la vérité, il semble bien que le système importe plus par sa présence et sa publicité que par son contenant. Il agit de façon anonyme, comme le ferait n'importe quel autre système intellectuel bien planté sur des fondements affectifs profonds. Il est antalgique parce que, au bout d'un certain entraînement, il envahit le champ de la conscience d'une façon assez solide pour empêcher l'invasion éventuelle d'un sentiment douloureux. On voit combien nous sont utiles, maintenant, pour l'interprétation de ces grandes disciplines mentales classiques, les remarques psychologiques que nous avons faites dans la première partie de cet essai.

Ainsi s'explique-t-on ce qu'est pour le Yogin le résultat de cet entraînement spirituel : c'est l'anéantissement, non seulement de la douleur, mais de toute autre passion. Lorsqu'il a « gagné l'autre rive », la haine ni l'égarement, ni la passion, ne peuvent plus envahir son esprit, il atteint le nirvânah.

Le Christianisme aborde la souffrance humaine de façon bien différente ; il ne cherche pas à l'affaiblir par un simple exercice de l'esprit. Mais il s'efforce de la transfigurer, en lui donnant une signification rédemptrice. Il montre l'exemple des saints qui, ayant beaucoup souffert, ont su acquérir par la douleur l'élévation de leur âme et son rapprochement de Dieu. Au plus humble fidèle, il donne l'espoir de pouvoir monter dans la même voie, s'il sait tirer de sa souffrance assez d'amour et d'humilité — c'est-à-dire, notons-le au passage, des sentiments d'ordre purement affectif. La souffrance est un élément fonda-

mental de cette ascension spirituelle, d'où l'ascétisme et les flagellations.

Que l'âme chrétienne puisse ainsi, non seulement moins souffrir, mais même tirer des joies de ses douleurs, c'est ce que de multiples témoignages permettent d'affirmer : « Je surabonde de joie, au milieu de la tribulation », disait Saint-Paul. « Pour ma part, écrit Elisabeth Leseur, c'est pendant les périodes de souffrances physiques que j'ai connu les meilleures joies spirituelles; aussi, ai-je une sorte de faiblesse pour les états de maladie, faiblesse que je n'oserais pas avouer à tout le monde... Les stoïques disaient : « Souffrir n'est rien », et ils ne disaient pas la vérité. Mais, éclairés des meilleures lumières, nous disons, nous chrétiens ; « La souffrance est tout ». Elle demande, elle obtient tout... Elle est la forme achevée de la prière, la seule forme infaillible d'action... Il suffit d'avoir reçu des grâces de choix pour connaître en même temps l'appel profond, la mystérieuse vocation de la souffrance. Les âmes consacrées, celles du cloître et celles du dehors, ont la même tâche : souffrir, et par la souffrance réparer et obtenir pour les pécheurs » (1).

« C'est, si j'ose dire, tout le métier d'un religieux que de bien connaître la douleur et l'usage que nous en devons faire. Le monde fuit la douleur et le religieux la cherche, et non content de la trouver, il l'épouse. Cette étroite union entre le Christ et la croix, c'est à cela que tend le religieux. Mais, cherchant et épousant la douleur, il trouve la joie; et, à l'exemple de son Maître et en union avec Lui, il prêche aux hommes cette bonne nouvelle : Heureux ceux qui pleurent ! » (2).

Si l'on réfléchit au mécanisme psychologique d'une telle transfiguration de la souffrance en joie, il semble que l'aide apportée par la foi à ceux qui souffrent est, d'abord, la consolation d'un au-delà plus heureux et l'espoir que la douleur actuelle n'est qu'une épreuve passagère; en second lieu, cette

(1) ELISABETH LESEUR : *Lettres sur la souffrance*. Paris, J. de Gigord, 1920. — Voir aussi R.P. SANSON : *La souffrance et nous*. Flammarion, 1933.

(2) FRANÇOIS MAURIAC. Préface pour : *L'énigme de la douleur*, par le R.P. M.-B. Hygonet. Bureaux de la « Revue Franciscaine », Bordeaux, 1934.

douleur perd son caractère injuste et incompréhensible, elle acquiert une signification et cesse de violer cette soif naturelle de l'intelligence pour une interprétation du monde humainement compréhensible. Mais ces données rationnelles ne traduisent pas tout le problème. Si la foi chrétienne m'a touché, toutes ses idées sur la douleur deviendront pour moi passionnelles; elles m'entraîneront dans un élan affectif qui n'a plus rien de raisonnable et l'explication ne viendra qu'après. Les croyants sont dans le vrai lorsqu'ils disent que Dieu touche davantage leur cœur que leur raison. Pour la plupart d'entre eux, la croyance agit sur la douleur sans passer par les détours intellectuels d'un Maurice Blondel ou d'un Jacques Maritain. Un élan mystique ingénu inonde leur esprit, comme le courant d'un fleuve qui entraîne tout sur son passage; la douleur y passe comme le reste. Il y a là un mécanisme qui n'est sans doute pas très différent de celui de la *distraction* spirituelle que nous avons déjà invoqué à plusieurs reprises.

Dans la Philosophie moderne, la douleur a laissé aussi son empreinte. Elle nous paraît un des grands mobiles qui poussent aux édifications métaphysiques et celles-ci ont toujours, qu'on le veuille ou non, des prétentions consolatrices. Il faut un certain courage à souffrir sans y rien comprendre et, si l'homme est, comme l'écrit Schopenhauer, un animal « métaphysique », c'est sans doute beaucoup parce qu'il est éternellement poussé par ses douleurs hors de sa nonchalance. Qu'est-ce donc que tous ces essais vers l'absolu, sinon des tentatives d'évasion? En parlant du savant, Meyerson disait que ce qui le pousse au travail, ce n'est pas seulement le désir d'établir des relations contingentes, mais bien surtout la volonté de comprendre le fond même de ce qu'il étudie. Du philosophe, on pourrait dire que ce n'est pas seulement le développement rationnel de son intelligence qui le mène à ces concepts, mais qu'il cherche en même temps à satisfaire un besoin plus profond, qui est sans doute celui de sa sensibilité. C'est celle-ci qui le pousse à l'évasion, lasse qu'elle est d'avoir été brimée par des douleurs morales ou physiques. Parce qu'il a souffert ou parce qu'il a vu souffrir, le philosophe en mal de métaphysique ne sera jamais

tout à fait froid; et c'est pourquoi il y a tant de systèmes philosophiques : autant sans doute qu'il y a de formes de la sensibilité humaine, alors que des recherches purement intellectuelles, comme la mathématique, ne sauraient donner lieu au même désaccord. C'est un psychologue qui devrait écrire l'histoire des métaphysiques; il y trouverait sans doute une emprise aussi puissante de la sensibilité sur la raison que l'emprise dont nous avons vu la douleur capable sur l'intelligence; dans les deux cas, le jugement est d'autant moins sûr que l'emprise affective est plus intense. Sans doute y aurait-il, dans de telles recherches de psychologie, des éléments nouveaux et sûrs d'une critique rationnelle. L'œuvre d'un Schopenhauer ou l'intuition bergsonienne procède par affirmations de principe, quelque détaillés qu'en soient les motifs : tirer des formes mêmes de l'intelligence une critique de sa valeur absolue, c'est vouloir juger du siège d'une prison sans en jamais sortir. La psychologie, au contraire, allant à la genèse même du système métaphysique, cherchant à démêler ses mobiles et les influences qu'il peut avoir reçues du domaine de la sensibilité, pourrait seule se montrer sans pitié pour ceux qu'une influence affective trop puissante risque d'avoir trompés.

Ainsi, ce que nous ont enseigné ces réflexions sur la douleur, c'est qu'elle est un aiguillon puissant. Elle mène l'esprit vers des constructions magnifiques dans le domaine de la beauté, de l'amour, de l'émotion spirituelle. On peut dire qu'elle a élevé l'âme humaine vers des régions qui sont peut-être les plus belles que nous puissions connaître. Mais, par contre, dans le domaine strictement rationnel, dans celui du jugement, elle risque d'être un élément de trouble, à l'instar de toutes les emprises trop puissantes de l'affectivité sur la raison.

QUATRIÈME PARTIE

LES RÉACTIONS SOCIALES

Nous voulons envisager ici le comportement de la foule devant la douleur. Quelles sont les réactions mentales qui peuvent se développer dans une collectivité lorsqu'on lui soumet le cas d'un homme qui souffre ? La presse, la radio, la vie quotidienne mettent aujourd'hui sous les yeux du public de nombreux exemples de misères physiques ou d'afflictions morales. A ce spectacle, la foule peut réagir de trois façons différentes.

La réaction la plus commune est celle d'une grande indifférence. Il est incroyable de constater avec quelle rapidité s'épuise parfois l'émotion née d'un spectacle douloureux. La souffrance d'autrui est celle qu'on supporte le plus allègrement. C'est comme une réaction de défense collective, car où irait le monde si chacun devait souffrir dans sa chair toutes les tortures de son voisin ? Ainsi, la pitié est-elle plus un sentiment individuel qu'un sentiment collectif. Elle exige pour se produire qu'on ait déjà souffert soi-même. Tout se passe comme si la représentation mentale de la douleur ne pouvait devenir précise qu'en rappelant des souvenirs personnels.

Il y a pourtant des exemples de grande sensibilité de la foule à la douleur. C'est le deuxième type de réaction collective possible. Qu'on expose avec chaleur au public un cas malheureux, on obtiendra souvent une levée en masse de l'esprit de justice ou de l'esprit de charité. Il serait donc inexact de dire que la sensibilité de la foule est faible, mais elle manque de spontanéité, elle a besoin qu'on la réveille. Elle n'a, au reste, que peu

de discernement et se laisse plus aisément échauffer par l'éloquence du propos que par l'analyse intelligente des faits. Enfin, la sensibilité de la foule à la douleur pourra se trouver brusquement submergée par un autre courant passionnel, tel que l'excitation à la guerre, à la condition que le nouvel apport affectif lui soit présenté dans les mêmes conditions de succès.

C'est ce qui explique sans doute la troisième éventualité possible : la foule prend goût à la douleur d'autrui, elle recherchera même les spectacles cruels, elle prendra plaisir aux courses de taureaux, aux exécutions capitales, au lynchage d'un malfaiteur. Si on cherche à analyser de telles déviations de la sensibilité collective, il semble qu'on en doive trouver l'explication moins dans une tendance cruelle que dans un goût des émotions violentes. C'est le même désir qui fait le succès du théâtre d'horreur. C'est, si l'on veut, dans le domaine moral, l'équivalent de ce que sont les « scenic-railways » dans le domaine de la sensibilité cénesthésique.

Comment expliquer les réactions aussi contradictoires de la sensibilité sociale ? C'est qu'à l'échelle de l'individu, nos tendances morales suffisent à orienter notre sensibilité et à lui donner des réactions assez homogènes. Devant la douleur, il est peu d'entre nous qui soient animés d'autres sentiments que ceux de la compassion et du désir d'entr'aide. Dans une collectivité, au contraire, les tendances morales s'effacent, une âme commune naît, où se noie notre morale individuelle : l'esprit d'imitation, la contamination par l'exemple, la lâcheté qui consiste à sentir sa propre responsabilité « couverte » par l'acte d'autrui, peuvent venir à bout de la morale de chacun ; j'aurais honte de lapider ce chien, si j'étais seul ; mais nous sommes dix, ce que je fais n'est pas si monstrueux, puisque mon voisin le fait aussi, et puis, quelle ivresse à se sentir tous entraînés par le même désir et par les mêmes pensées !

Les réactions sociales à la douleur sont donc fort instructives sur ce point : si nous voulons apporter à la foule une morale collective digne de nos éthiques individuelles, commençons par lutter contre notre propre lâcheté ; fortifions en nous le courage civique, qui est la vertu de ne pas hurler avec les loups, et de garder ses convictions intactes, quelque pression collective qu'on exerce sur nous.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié les réactions de la douleur physique et de la douleur morale sur l'esprit.

1° Les réactions normales à la douleur, c'est-à-dire celles qui ne dépassent pas le domaine de la psychologie normale, dépendent un peu de la forme de la douleur et beaucoup du *tempérament du sujet*. La personnalité est remarquablement mise en relief par l'épreuve douloureuse : le degré de sensibilité naturel, la tendance plus ou moins nette à l'anxiété, le comportement habituel dans le domaine de l'activité volontaire, enfin les formes mêmes de l'intelligence, voilà les éléments qui donnent une expression originale à la douleur de chacun.

2° Les réactions pathologiques, qui sont du domaine de la psychiatrie, sont la confusion mentale, l'accès mélancolique et le suicide.

Un épisode confusionnel complice exceptionnellement, aujourd'hui, une douleur physique intolérable. Il nous a paru possible de décrire un syndrome démentiel fruste, apparaissant au cours d'affections chroniques particulièrement longues et douloureuses.

L'accès mélancolique peut paraître déclenché par une grande douleur physique, ou surtout morale, mais ce n'est là, le plus généralement, qu'une cause occasionnelle.

Enfin, *le suicide*, même lorsqu'il paraît amplement excusé par des souffrances physiques ou morales insupportables, est souvent la conséquence de tendances psychopathiques antérieures. On ne saurait, toutefois, généraliser cette opinion. Même dans les cas où n'existait aucune prédisposition mentale pathologi-

que, le suicide ne peut être expliqué par des termes de froide logique : il est le résultat du déséquilibre que déclenchent les grandes douleurs et qui peuvent aboutir à la rupture de l'instinct de conservation.

3° Le rôle de la douleur est considérable dans l'histoire des grands mouvements de la pensée humaine. Elle est pour l'intelligence un aiguillon puissant, elle l'incite à l'édification de disciplines antalgiques, dont le stoïcisme antique et la religion bouddhique constituent les exemples les plus achevés; elle joue un rôle essentiel dans la pensée religieuse; et elle n'est même pas étrangère à l'éclosion de systèmes métaphysiques d'allure strictement rationnelle de la philosophie moderne.

Le mécanisme le plus général, par lequel un ensemble de concepts d'apparence purement intellectuelle peut atténuer le caractère pénible de la douleur, est celui de la *distraction*;

4° Les réactions sociales à la douleur sont de trois types : indifférence de la foule pour ceux qui souffrent; vagues de pitié collective, manquant d'ailleurs toujours de spontanéité et de clairvoyance; enfin, goût pervers de la foule pour les spectacles douloureux, cette troisième tendance étant moins faite de cruauté proprement dite que du plaisir de masse tiré des émotions violentes.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu : le Président,
PASTEUR VALLÉRY-RADOT.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences, chargé des fonctions
de Recteur de l'Académie de Paris,
JIDEL.

